

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

373

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

De l'Éruption prématurée
des Dents temporaires

PAR

Gabriel HUMBERT

né à Saint-Raphaël (Var)

le 23 février 1891

Président : M. BAR, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

276

373

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

De l'Éruption prématurée des Dents temporaires

PAR

Gabriel HUMBERT.

né à Saint-Raphaël (Var)

le 23 février 1891



Président : M. BAR, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LETULLE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	DUVAL
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	CARNOT
Thérapeutique	BERNARD
Hygiène	BALTHAZARD
Médecine légale	MENÉTRIÉR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELMÉ
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINT	LEVY-SOAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCOQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BAR, Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'honneur,

en témoignage de respectueuse gratitude
pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien
accepter de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE,

— — THIROLOIX,

— — GOUGEROT,

— — RICARD,

M. le Docteur LEGENDRE, Médecin des Hôpitaux,

— BRAULT, Médecin des Hôpitaux,

M. le Professeur GAUCHER (*in memoriam*),

M. le Docteur BOISSARD (*in memoriam*), accoucheur des
Hôpitaux ;

A MES MAITRES. DANS LES SERVICES DE STOMATOLOGIE

M. le Docteur CHOMPRET, Professeur à l'Ecole de Stomatologie, Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis,

M. le Docteur RODIER, Professeur à l'Ecole de Stomatologie, Stomatologiste de l'Hôpital Lariboisière,

M. le Docteur Pierre ROBIN, professeur à l'Ecole de Stomatologie, Stomatologiste de l'Hôpital des Enfants malades,

M. le Docteur FARGIN-FAYOLLE, professeur à l'Ecole de Stomatologie, Stomatologiste de l'Hôpital Boucicault.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE STOMATOLOGIE

MM. les Docteurs BOZO, BÉLIARD, BÉLOT, CHATEAU,
GIRE, GUILLY, HERPIN, IZARD, KRITCHEWSKY,
NESPOULOUS, NOGUÉ, PONROY, REAL, ROUS-
SEAU-DECELLE, SAUVEZ, SCHLEFER. Professeurs
à l'Ecole de Stomatologie.

MM. les Docteurs ASTRAUD, CONSTAING, DAUGUET,
DARCISSAC, DIOUDONNAT, DUCOURNEAU, DU-
QUET, FISCHER, LECLERQ, L'HIRONDEL, LEVY,
LEQUIEN, PIETKIEWICZ, PION, Professeurs-
Adjoints à l'Ecole de Stomatologie.

Considérations générales sur l'éruption des dents temporaires

Les indications données par les auteurs relativement à la chronologie de l'éruption dentaire sont fort différentes. En fait, les dates d'éruption pour chaque genre de dent peuvent varier physiologiquement dans des limites assez étendues. Ces différences peuvent tenir à la race, au climat, au sexe, à l'influence des diathèses, au mode d'alimentation.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1848, TROUSSEAU s'exprime ainsi :

« A quel âge percent les dents ? Si je voulais parler
« des exceptions je dirais que des enfants naissent
« avec des incisives, que d'autres ont des dents au
« cinquième mois. Mais nous devons surtout nous
« occuper de ce qui arrive le plus fréquemment. Vers
« le troisième mois de la vie, ordinairement, sortent
« les premières incisives ».

Pour VOGEL, les huit premières dents font leur apparition dès le quatrième mois.

Pour AUVARD, le sixième.

POUR MOEKEL, c'est du sixième au huitième.

MAGITOT, a trouvé le plus grand nombre de cas à 7 mois.

COMBY a établi que chez les enfants en parfaite santé et normaux, élevés au sein suivant toutes les règles de l'hygiène, l'éruption dentaire se fait d'une manière uniforme et avec une précision presque absolue. Elle débute du sixième au huitième mois.

Précocité de l'éruption. — Sa fréquence

L'éruption des premières dents temporaires avant cinq mois constitue une exception. TROUSSEAU l'a reconnu et dans ses travaux ultérieurs, il a placé à sept mois le début de ce phénomène.

La sortie prématurée des incisives centrales inférieures est d'autant plus rare que l'on se rapproche davantage de la naissance.

Dans les deux statistiques de MAGITOT et de BENSSENGRI groupant ensemble 1025 cas, la première dent n'est apparue que 19 fois avant le quatrième mois, 4 fois seulement pendant le deuxième, 2 fois pendant le premier. Une seule fois elle existait à la naissance.

Si nous recherchons exclusivement les faits qui s'écartent notablement de la période physiologique, les seuls qu'on doive regarder comme normaux, nous n'en trouvons qu'un nombre assez restreint, non pas croyons nous qu'ils soient très rares; mais plutôt parce qu'on a négligé de les consigner, personne ne leur attribuant une grande importance.

Les dents à la naissance ont davantage frappé l'imagination. La croyance populaire leur a accordé la valeur d'un présage. « Les enfants nés avec des dents
« sont comme les enfants nés coiffés, ils ont l'assurance
« du bonheur et de la fortune en viager.

BLOT sur 20.000 naissances n'en a pas observé un seul cas.

A la Maternité de Paris pendant une période de dix années, de 1858 à 1868 sur 17.578 nouveaux nés trois seulement présentaient des dents, deux sont nés avec leurs incisives supérieures médianes et le troisième avec ses incisives inférieures médianes (MAGITOT).

Pour nous faire une opinion sur la fréquence des dents congénitales nous avons interrogé différents médecins accoucheurs des hôpitaux de Paris et de province.

Le Professeur AUDEBERT de Toulouse a bien voulu nous écrire :

« A la suite de recherches faites sur les registres de la Clinique, je peux vous dire que sur environ 6.000 naissances observées depuis que je suis chef de service jamais l'apparition précoce des dents n'a été signalée.

Même résultat négatif à ma consultation de nourrissons.

En ville, j'ai vu une fois chez un gros garçon de 4.200 grammes nourri par sa mère, une éruption dentaire avant la fin du premier mois. Du 20^e au 25^e jour à peu près, on a vu apparaître sans incidents notables

les deux incisives supérieures médianes. La mère était primipare. Les deux conjoints jeunes, vigoureux, sportifs. Le mari avait présenté lui aussi une dentition précoce. Au sujet de la grossesse et de l'accouchement rien à signaler que le poids du nouveau-né et son développement qui paraissaient un peu au-dessus de la moyenne.

Le professeur agrégé LEQUEUX, a vu dans les différents services qu'il a fréquentés environ huit cas. Pour lui ce n'étaient pas des dents ; mais de petites formations sessiles très mobiles qui disparaissaient vite.

Pour le Docteur DEVRAIGNE le fait n'est pas exagérément rare. Il ne croit pas, lui non plus à de vraies dents. « Ce sont des coques éphémères qu'une poussée du doigt détacherait facilement ».

Pour les professeurs agrégés GUÉNIOT, qui ne se rappelle qu'un cas observé, et LE LORIER, ce sont des phénomènes peu fréquents. Les dents sont mobiles et destinées à disparaître.

Le professeur BRINDEAU, est plus affirmatif encore, ces formations tomberaient dans la proportion de 98 fois sur 100. Il ajoute que les enfants nés avec un bec de lièvre présenteraient plus fréquemment une ou deux dents congénitales.

Symptomatologie

Comme nous venons de le voir les accoucheurs insistent sur la durée éphémère des dents prématurément sorties. C'est d'ailleurs une notion que l'on rencontre chez tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Nous montrerons dans notre chapitre sur les différentes théories émises pour expliquer la pathogénie de cette anomalie que, pour englober tous les faits, les auteurs ont dû distinguer d'entré les dents précoces celles paraissant devoir durer et celles vouées à une chute certaine.

Les unes sont bien implantées dans le maxillaire et présentent tous les caractères de la dent de lait « à terme ».

Les autres, comme surprises pendant leur évolution, sont des dents incomplètement formées, sans racine, très mobiles, à tel point même que les enfants peuvent les incliner pendant la succion. Leur surface est dépolie, leur couleur plus jaune, plus foncée, opaque. Leur forme est malingre.

Ces dents, recueillies sont semblables à un cornet

eux constitué par de la dentine reconverte irrégulièrement d'une mince couche d'émail. Après leur chute elles laissent sur la gencive une petite tumeur rouge saignante appelée par certains, dent de chair, laquelle n'est autre que le bulbe dentaire en pleine évolution. Ce bourgeon se flétrit et disparaît non sans avoir occasionné auparavant quelques douleurs et troubles réflexes.

Les accidents que peut provoquer la présence de dents dans une bouche où rien n'est prêt pour les recevoir sont le plus souvent des ulcérations du frein de la langue, et des inflammations localisées de la gencive.

Quelquefois les seins de la nourrice sont suffisamment traumatisés pour obliger à suspendre l'allaitement.

Historique

PLINE, dans son *Histoire Naturelle* livre 7, chapitre 15, note qu'il y a des enfants qui naissent avec des dents. Ainsi Manius Curius surnommé pour cela Dentatus et Cuius Papirius Carbon, tous deux, ajoute-t-il, personnages distingués.

Déjà la tradition voulait que les garçons ainsi marqué par les dieux fussent assurés d'une destinée illustre.

Par contre, c'est un bien mauvais présage pour une fille. L'Histoire cite Valeria Galeria, fille de Diocletien et de Prisca, femme de l'empereur Valère.

Les aruspices consultés à sa naissance annoncèrent qu'elle causerait la ruine de la ville où on la transporterait. Elle fut déportée à Suessa Pometia ville alors très florissante et la prédiction s'accomplit.

Poursuivie elle-même par le destin elle fut, à la suite d'aventures tragiques décapitée à Thessalonique par les ordres de son fils Lucinius.

Les légendes, comme les modes, s'oublient et repa-
raissent, aussi nous ne serons pas surpris que quel-

ques historiographes aient ajouté une dent congénitale à la biographie de certains hauts personnages pour souligner leur prédestination.

Robert le Diable, Geoffroy la Grand'dent, Richard III, Don Carlos, fils de Phillippe II, Mazarin, Louis XIV, Mirabeau, Danton, Napoléon, le prince Impérial, présentèrent, a-t-on dit, cette anomalie.

Pour plusieurs nous retrouvons dans les textes un semblant de preuve.

Vers 1198 naquit Geoffroy II de la maison de Lusignan, redoutable seigneur devenu légendaire dans le Poitou et surnommé avec terreur Geoffroy la Grand'dent, « Il apporta sur terre sa grand'dent qui lui yssait hors de la bouche, plus d'un ponce ».

« Avec ses dents et les pieds en avant » double prédestination, est né selon le témoignage de Shakespeare le scélérat Gloucester, plus tard Richard III.

Pour Louis XIV, le livre si intéressant du Docteur Cabanès : le Cabinet secret de l'Histoire, nous donne des renseignements très précis.

« On cria au miracle quand Anne d'Autriche après vingt années de stérilité mit au monde un superbe Dauphin. Le miracle, en était-ce un, c'est que l'enfant avait deux dents en naissant ». Dionis pour qui le bec de lièvre vient « d'avoir regardé un lièvre pendant la grossesse » voyait dans la dentition précoce du grand Roi l'explication de son grand appétit.

Il n'est pas signalé que l'enfant royal ait souffert de cette anomalie « mais une documentation sérieuse

nous prouve qu'on dût changer plusieurs fois de nourrice parce que l'enfant royal leur déchirait le sein à belles dents ».

C'est surtout Pierrette Dufour qui eut à se plaindre des coups de dents du jeune lionceau.

« A la suite de morsures répétées, il lui survint des duretés dans les mamelles qui l'obligèrent à interrompre au moins pendant quelques jours l'allaitement ». Mais sa Majesté, la Reine Mère, toucha avec une relique les parties incommodées « ce qui ne fust pas plus tost faist que par miracle les douleurs estant cessées ces duretés se dissipèrent et l'intempérie de chaleur qui causait des douleurs au bout et environ du tæston se modérant, la consolée nourrice continua de donner le lait à S. A. R.

Plus anormale encore fut la naissance de Gabriel Honoré Riquetti de Mirabeau le 9 Mars 1749.

« Une grossesse orageuse et la dimension surnaturelle de la tête de l'enfant mirent la mère dans le plus grand danger.

La taille et la vigueur du nouveau-né étaient sans exemple et deux dents molaires (!!) étaient déjà formées dans sa bouche ».

PATHOGENIE

Exposé historique de quelques théories

CHOMPRET a retrouvé dans la *Gazette de Santé de 1780*, page 145, la première observation médicale d'éruption précoce :

« Le 13 du mois d'août, Madame de la Reuville
« accoucha heureusement d'une fille bien portante
« ayant deux dents incisives à la mâchoire supérieure,
« dont la sortie fut suivie trois jours après de deux
« autres de chaque côté de celles-ci, ce qui faisait le
« nombre de six ; mais cet enfant mourut dans les
« convulsions occasionnées par cette éruption pré-
« coce ».

CAPURON, dans son traité des maladies des enfants en 1820, ajoute quelques commentaires à la constatation de cette anomalie :

« Il est rare que ces dents tiennent longtemps, des
« dents aussi précoces sont ordinairement gâtées par le
« vice scrofuleux et tombent aussitôt après leur érup-
« tion ».

On trouve en note dans l'*Histoire Naturelle des maladies des dents* de Joseph Fox, traduite par le Chevalier LEMAIRE en 1821, un essai sur la genèse de ces faits :

« On a vu, dit-il, des enfants naître avec des dents,
« ce sont ordinairement les incisives centrales de la
« mâchoire inférieure. En pareil cas, l'alvéole n'était
« pas assez profonde et la dent qui devait s'y former a
« prématurément percé la gencive. Ces produits hâtifs
« ne sont que des couronnes de dents sans racine et
« faiblement attachées aux gencives. Bientôt ils vacil-
« lent, causent à la bouche de l'enfant une grande
« inflammation et beaucoup d'inconvénients à la mère.
« Il est donc à propos de les extraire de suite attendu
« qu'ils ne pourraient jamais arriver à leur état de
« perfection ».

Viennent ensuite quelques mémoires un peu fantaisistes comme celui de Joseph FRANCK, qui observa à Vilna en 1828, un enfant venu au monde avec ses dents molaires et l'article du *Dental News' Letter* de 1857, citant une femme de la partie occidentale de San Francisco qui aurait donné le jour à un enfant porteur de douze dents en venant au monde. Toutes ces dents étaient bien apparentes et l'enfant très disposé à mordre.

SAPPEY et THORE publient en 1859, dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie*, pages 41 et 55 des observations bien étudiées. Celles de THORE sont restées classiques. Nous les donnons résumées dans notre

chapitre des observations. Il établit le premier une distinction nette entre l'éruption dentaire vraie, celle où les dents persistent jusqu'à la dentition de remplacement et le phénomène pathologique amenant l'inflammation du follicule dentaire, puis l'expulsion de la couronne.

« Il est facile d'expliquer le mécanisme par lequel
« ces dents apparaissent d'une manière prématurée. Il
« s'agit d'une affection du follicule dentaire qui, en se
« développant outre mesure par l'effet d'un travail
« inflammatoire ulcère le tissu de la gencive en chassant
« la dent au dehors. Celle-ci, formée d'une faible couche de matière dure, réduite à l'état d'un simple
« cornet ne tarde pas à tomber. L'inflammation s'arrête
« ou persiste, envahissant la gencive jusqu'à l'os
« maxillaire et se termine le plus souvent par la gangrène du follicule dentaire qui apparaît au fond de
« l'ulcération et tombe à son tour ».

En 1868, Guéniot publie sous ce titre « Singulier phénomène de dentition ou élimination spontanée de deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau né », un cas d'éruption précoce semblable à ceux de THORE et il accepte en tous points l'opinion de cet auteur.

Cette distinction n'est plus aussi bien marquée dans les observations qui suivirent. Ainsi TISSIER (*Union médicale* 1875) trouve curieux que sa petite cliente venue au monde avec deux dents n'en ait nullement souffert et les ait conservées sans accidents; l'éruption précoce étant d'après lui le résultat d'un travail patho-

logique qui occasionne l'ulcération du follicule dentaire.

BOUCHUT, *Gazette des Hôpitaux*, 1876, présentant un cas d'éruption prématurée ajoute : « Il faut savoir que ces dents précoces ne sont pas toujours de bonne qualité et il est rare de les voir rester en place jusqu'à 7 ans. Elles sont caduques et tombent beaucoup dans les premières semaines qui suivent la naissance ».

Enfin MAGITOT, dans son traité sur les *Anomalies du système dentaire* (1877) après un résumé historique très complet de la question expose ainsi son opinion : « Il faudrait bien se garder d'une erreur qui consisterait à considérer les faits d'éruption précoce comme une dentition supplémentaire en même temps que prématurée, car les dents ainsi parues avant l'époque physiologique continuent à faire partie de la série dentaire à laquelle elles appartiennent. Il résulte de là que les dents sorties par exemple, après la naissance, lorsqu'elles ne sont pas enlevées avec l'ongle par les matrones ou les nourrices ou qui n'ont pas subi d'élimination par suite de circonstances pathologiques conservent leur position normale et n'effectuent pas nécessairement leur chute ultérieure à une époque plus précoce. Les cas de cet ordre ne représentent donc en définitive qu'une avance de 4 à 8 mois environ sur la date normale de l'éruption puisque c'est en moyenne vers le septième mois qu'apparaît la première dent.

MAGITOT. admet que les accidents, lésions locales, stomatite, abcès, gangrène des follicules, phlegmon du

sac et élimination de son contenu, sans compter les actions réflexes, soit sur le tube digestif, soit sur les centres nerveux sont une *complication* de l'éruption précoce et non plus la *cause* de ce phénomène.

HÉNOCH, dans son *Vorlesung über Kinderkrankheiten* 1892, en réunissant les trois cas de KEMENTOWSKY (1) (inflammation gangréneuse de la gencive et du périoste), le cas de SALMESON (2) (périostite de l'Orbite) avec ses quatre, en une série, croit que ce n'est pas l'évolution prématurée des dents qui provoque les modifications morbides des gencives et des maxillaires ; mais tout au contraire ces lésions seraient primitives, donc en rapport de cause à effet avec l'éruption des dents.

Il distingue très nettement deux catégories de dents congénitales, les unes modifiées dans leur structure et dans leur forme sont petites, amoindries dans toutes leurs dimensions, parfois atrophiées et cariées dès la naissance. Elles sont toujours recouvertes d'une couche d'émail insuffisante, émail décoloré à surface raboteuse. Elles sont assez mobiles dans la gencive pour s'enlever avec de légères pinces. D'après lui, ces dents se développent non seulement prématurément ; mais, étant placées superficiellement, les couronnes sortent avant la formation complète de la racine.

A la deuxième catégorie appartiennent de vraies

(1) *Central Zeitung Kinderheilk*, 1879.

(2) Même Journal, 1878.

dents très solides. HENOCH croit pouvoir affirmer qu'elles sont chez l'enfant le présage d'un caractère énergique (!!!)

D'après son avis, les dents congénitales comme celles sorties prématurément auraient pour cause la périostite des bords alvéolaires d'un des maxillaires qui pousserait en dehors la couronne en provoquant de l'œdème et la formation d'un exsudat dans l'alvéole.

En 1901, BRINDEAU et MACÉ publient dans les mémoires de la Société d'Obstétrique, une observation de streptococcie buccale chez un nouveau-né, avec nécrose du bord alvéolaire, du maxillaire supérieur et expulsion d'une molaire.

MAYGRIER et JEANNIN signalent un cas d'abcès intra-alvéolaire lié à l'éruption précoce d'une dent chez un nouveau-né.

Puis JEANNIN, rapporte le fait d'un prématuré né à six mois et demi chez lequel on assiste très rapidement à la sortie de trois dents et qui d'après l'auteur, meurt d'infection générale suite de l'infection buccale *secondaire* à la poussée de la dent.

En novembre de la même année, CAPDEPONT fait à la Société de Stomatologie une communication très remarquée sur un cas de « pseudo-éruption » précoce qu'il nomme *folliculite expulsive*.

Adoptant en grande partie les idées de THORE et reprenant pour son argumentation les observations de BRINDEAU et MACÉ, de MAYGRIER et de JEANNIN, il pré-

cise dans une seconde communication en février 1902 sa théorie de l'expulsion du follicule.

Il admet comme possible, *à priori*, l'éruption précoce vraie bien qu'il doute de sa réalité. Pour lui, tous les cas publiés se rapportent à une pseudo-éruption précoce. Il donne pour la différenciation des deux phénomènes les caractères suivants qui ne se rapportent qu'aux cas de folliculite expulsive.

— Sortie très rapide de la dent que certains auteurs ont vu s'élever de 2 à 3 millimètres en un jour.

— Mobilité extrême de l'organe.

— Turgescence et état inflammatoire de la gencive à son niveau.

Pour expliquer la sortie prématurée de ces dents, il lui paraît impossible d'invoquer un développement physiologique précoce.

L'infection au contraire lui semble évidente, infection extrinsèque de nature et de gravité variables, se propageant au follicule et provoquant l'élimination de la dent en voie de formation, accompagnée souvent d'un état général grave, quelquefois mortel.

L'atteinte du follicule serait due soit à sa situation anormale, trop superficielle, soit à la persistance du *gubernaculum dentis* laissant l'organe adamantin en rapport avec l'épithélium gingival dont il dérive. Ces dispositions pouvant être héréditaires.

BAR, dans une communication à la Société de Stomatologie en juin 1902 et dans la thèse de GRATIOT confirme les théories de CAPDEPONT ; mais il fait de la

« folliculite expulsive », un incident, un symptôme, un stade de l'affection qu'il décrit sous le nom de stomatite des nouveaux-nés à forme nécrosante.

Il admet que chez les enfants qui meurent d'infection la voie buccale est celle qui est le plus fréquemment suivie. Cette infection buccale pouvant ne se manifester par aucune lésion apparente ou au contraire déterminer une stomatite à forme, soit diphtéroïde, soit phlegmoneuse, soit nécrosante.

La stomatite nécrosante par sa localisation de préférence sur le rebord alvéolaire gingival peut amener la mise à nu d'une ou de plusieurs couronnes dentaires. Il y a *énucléation* de la dent plutôt qu'éruption vraie. L'infection, continuant à gagner en profondeur peut provoquer de l'ostéomyélite du maxillaire. Lorsqu'elle se généralise, elle fait apparaître des phénomènes très graves: entérite, pneumonie, plaques erysipelateuses et même la mort par infection sanguine purulente.

L'agent paraît être le streptocoque. Ce microbe existe déjà quelques heures après la naissance dans la salive. Il peut être inoculé à l'état virulent par une galactophorite de la nourrice.

Dans le II^e volume du *Traité de Stomatologie*, 1910, DIEULAPÉ et HERPIN ne signalent que l'opinion de FLEISCHMANN sur les causes de l'éruption prématurée.

Elle serait, soit :

1° Une formation prématurée du germe dentaire avec un développement normal consécutif.

2° Un développement hâtif avec un germe normal.

3° Une situation superficielle du germe donnant lieu à une dent dépourvue de racine.

HERPIN en 1911, publie dans le *Journal de l'Anatomie et de la physiologie*, puis dans les Comptes Rendus de l'Association des Anatomistes, quelques cas d'éruption précoce. Il eût la bonne fortune de pouvoir faire l'étude histologique de la dent congénitale avec les portions adjacentes enlevées au cours d'une opération restauratrice à un enfant présentant une gueule de loup.

Ses conclusions sont les suivantes. Comme les autres auteurs, il distingue les éruptions vraies précoces, et les fausses éruptions consistant dans l'expulsion d'une portion dentifiée incomplètement évoluée, réduite le plus souvent à un fragment de couronne dont elle représente les assises superficielles. Mobile sur les tissus sous-jacents, cette portion dentifiée ne tarde pas à se détacher et tombe rapidement.

Dans le premier cas il s'agit seulement d'une différence dans le temps, l'organe ayant tous les caractères d'une dent temporaire et persistant jusqu'à l'époque de la chute normale de ces organes.

Dans le second c'est une véritable anomalie due à la prolifération d'un bourgeon dentaire aberrant, superficiel qui arrive naturellement au cours de son développement à perforer la muqueuse.

« L'examen histologique a permis de constater
« l'absence autour du bulbe embryonnaire de toute

« formation conjonctive qui pût rappeler l'organi-
« sation d'un follicule.

« Il ne semble donc point, comme il a été proposé
« que l'on puisse invoquer l'influence d'une inflam-
« mation buccale se propageant au follicule, d'une
« folliculite expulsive.

« La signification de ces anomalies n'est pas com-
« plètement élucidée. L'influence héréditaire est
« manifeste, il y lieu de noter aussi leur rapport fré-
« quent avec d'autres malformations, bec de lièvre
« etc. Peut être pourrait-on penser à une sorte de
« retour atavique de faits de dentition pré lactéale
« constatés chez divers mammifères ou, plus simple-
« ment ces faits se produiraient sous des influences
« dystrophiques encore à préciser, au même titre
« que peuvent se présenter diverses autres anomalies
« et malformations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Inédite

communiquée par le D^r CHOMPRET, Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis

Le 7 Novembre 1910 naissait, de parents très bien portants, et à la suite d'une grossesse normale suivie d'un accouchement normal un enfant du sexe féminin pesant 7 livres et ayant deux dents g1 et d1.

Les couronnes complètement sorties des gencives semblaient recouvertes d'une cuticule blanchâtre qui s'exfolia 48 heures après la naissance. La gencive n'offrait ni gonflement, ni rougeur. Les dents paraissaient bien implantées.

Nourrie au sein, l'enfant tétait bien et les parents ne s'inquiétèrent de son état buccal que 6 semaines environ après la naissance en s'apercevant que le bébé semblait souffrir de la bouche.

Le 8 janvier, c'est-à-dire 2 mois après sa naissance l'enfant nous fut amené et nous constatons une légère ulcération de sa langue vers la pointe et à la partie inférieure.

Il s'agissait nettement, pour nous, d'une ulcération trau-

matique, la langue venant buter contre le bord tranchant des 2 incisives.

g1 et d1 dont les couronnes étaient entièrement évoluées tenaient assez fermement dans le maxillaire et la gencive voisine ne portait aucune trace d'inflammation.

Ces dents étaient cependant nettement dystrophées mal formées, l'émail en était irrégulier, granuleux et gris verdâtre. Le bord triturant présentait des aspérités rugueuses qui étaient cause de l'ulcération linguale.

Le bord triturant de ces incisives put être meulé et l'ulcération fut touchée au nitrate d'argent. En 8 jours toute trace de lésion linguale avait disparu.

La radiographie fut faite par Belot de façon à nous rendre compte de l'état des racines et du maxillaire et pour savoir si les dents pouvaient être conservées.

La radio nous montra que déjà une ébauche de racine existait et qu'il n'y avait aucune réaction anormale de l'alvéole les contenant.

Les dents furent donc conservées, mais l'émail granuleux se recouvrit de tartre, les dents se carièrent et après une survie déjà longue elles tombèrent spontanément gauche à 16 mois et droite à 37 mois.

La première dentition évolua normalement. Les incisives de remplacement évoluèrent à 7 ans en malposition.

Ayant eu plusieurs nourrices pendant les 3 premiers mois de sa vie, nourrie ensuite au biberon l'enfant fut toujours chétive, fragile même sans être vraiment malade. Pas d'entérite ; mais successivement rougeole et scarlatine.

Très intelligente, parlant couramment à 15 mois et marchant à 13.

4 frères et sœurs, l'un avant, l'autre après, tous en parfaite santé et ne présentant aucune anomalie.

OBSERVATION N° 2

Inédite.

Le 13 Novembre 1920, naissait chez Mlle Gilliotte sage-femme attachée à la Maternité de Paris, une petite fille, Lucienne Marguerite Jubin, dans des conditions tout à fait normales.

Le jour même on s'aperçoit de la présence de deux incisives médianes inférieures.

Celle de gauche nettement sortie, celle de droite semblant encore recouverte d'une membrane blanchâtre.

Huit jours après la naissance le docteur LELORIER, professeur agrégé constata lui-même la présence des deux dents qui, dit-il, étaient mobiles et semblaient devoir se détacher très facilement.

Les suites de couches furent normales, l'enfant parfaitement bien portant quitta au bout de dix jours la maison d'accouchement.

Nous avons pu voir ce bébé le 25 avril 1921 et nous avons constaté la persistance de ses deux incisives médianes inférieures. Ces dents sont solidement implantées. Le doigt explorateur sent sur le reste des maxillaires des séries de nodosités aux points où les dents temporaires feront leur éruption. De plus, l'incisive médiane supérieure gauche est en train de percer, le bord incisif est perceptible au toucher. Il en apparaît déjà une hauteur de un demi-millimètre. Les dents précoces sont de taille et d'apparence normales, à peine plus mates que des dents « à terme. » D'après la mère elles n'ont pas gêné beaucoup l'allaitement. D'ailleurs le bébé est vigoureux et éveillé. Il paraît précoce dans son développement physique et intellectuel. Il comprend plusieurs mots, exécute

certaines mouvements commandés et articule quelques syllabes.

Ses jambes sont courtes et incurvées. La mère est très bien portante. Elle ne connaît pas de cas d'évolution dentaire précoce dans sa famille ni dans celle de son mari. Elle présente comme anomalie l'absence des premières prémolaires supérieures, qui n'ont jamais évolué. D'assez larges diastèmes séparent les incisives entre elles et les incisives des canines. Son père était porteur de la même anomalie.

OBSERVATION N° 3

Inédite.

Le 26 avril 1921 le Docteur SAUVEZ, professeur à l'Ecole de Stomatologie a bien voulu nous montrer le fils de son chauffeur né le 20 décembre 1920 avec deux dents.

Les parents de ce bébé sont robustes et sains, ne présentant aucune anomalie dentaire. Ils n'ont jamais entendu dire que dans l'une ou l'autre famille, il y eût des dents congénitales.

L'accouchement, à terme fut normal. Aucun accident ne suivit. L'enfant pesait 3.250 gr.

A la naissance, le Dr SAUVEZ constata lui-même la présence des deux incisives médianes inférieures. Elles dépassaient la gencive de trois millimètres elles étaient mobiles. Chacun pensa qu'elles ne tarderaient pas à tomber.

L'enfant prit le sein pendant deux mois, puis la mère dut cesser de le nourrir car des abcès se développèrent dans les deux seins, abcès d'origine banale nous affirme l'accoucheur.

A aucun moment l'enfant n'eut d'accident pathologique, aucune inflammation buccale.

Lorsque nous vîmes l'enfant pour la première fois, le 26 avril, le Docteur SAUVEZ nous fit remarquer que les dents quoique encore très légèrement mobiles paraissaient bien implantées dans le maxillaire. Chose surprenante, elles sont exactement comme à la naissance, le bord incisif à trois millimètres au-dessus du plan de la gencive.

Leur aspect diffère de celui des dents normalement évoluées, leur teinte est mate grisâtre, leur surface semble dépolie.

Entre elles existe un diastème de 2 millimètres environ, de plus, d. se trouve à un millimètre en avant de g. et est en légère rotation sur l'axe.

L'enfant, sans être particulièrement précoce semble bien développé.

OBSERVATION N° 4

Dr Heinemann

Enfant né avec toutes ses incisives Mme U... 39 ans, mère de 2 enfants sains accouche après une interruption de 10 ans, en 1878 d'une fillette. La sage-femme remarqua aussitôt la présence de 4 incisives dans la mâchoire inférieure et autant dans la mâchoire supérieure toutes placées régulièrement. Elles étaient très pointues, solidement plantées ; mais elles ne présentaient pas cette couleur blanche des dents de lait, elles étaient plutôt jaunâtres. A part la grandeur anormale du crâne aucune autre anomalie.

Allaitement artificiel forcé. A l'âge de 4 ans les dents fœtales se perdent. Les nouvelles furent de la grandeur

des incisives normales. Cet enfant est arriéré dans son développement. Il ne peut pas marcher. Il est sourd et ne parle pas pousse seulement des cris inarticulés.

Idiotie avancée.

OBSERVATION N° 5

D^r JOUVOVSKY de Saint-Petersbourg

Revue des Maladies de l'enfance Paris 1899, page 107.

Le 7 avril 1898 à l'établissement obstétrical de Saint-Petersbourg naquit une petite fille inscrite sous le n° 1218 d'une femme âgée de 24 ans, bien portante; accouchant pour la 2^e fois et d'un homme du même âge. De l'anamnèse s'ensuit qu'il n'y avait ni prédisposition héréditaire, ni hérédité de la part des plus proches membres de la famille des parents. Pas de syphilis. La sœur de l'enfant est morte à l'hôpital âgée de 8 mois, d'une péri-pneumonie sans avoir encore eu de dent (elle était née d'un autre père).

La mère, paysanne du gouvernement de Saint-Petersbourg était en condition. Toujours bien portante, d'une taille moyenne elle allaite ses enfants elle-même. Les deux grossesses et les couches se sont passées normalement et heureusement.

L'enfant ne présentait rien de spécial à sa naissance. Son poids était légèrement au-dessus de la normale, ses dimensions sont tout à fait normales. Sa santé était bonne 12 heures après la naissance elle a commencé à têter, dormait bien, avait l'air gai et bien portant.

Le squelette n'accuse aucune difformité. A signaler la dureté de la voûte crânienne, la mobilité et la légère déformation à la pression aux doigts des os syncipitaux sur les

bords de la suture sagittale. La grande fontanelle à des dimensions normales, la petite est bien nette.

La température rectale prise tous les jours variait de la normale à 36°, 36°5. La quantité des cheveux sur la tête est moyenne.

Dès le premier allaitement la mère commença à se plaindre de l'agitation de l'enfant et de l'excoriation de ses mamelons. Elle demanda l'examen de la langue de la petite mais il n'existait pas d'adhérence linguale. Une autre anomalie existait : deux dents congénitales, les incisives médianes inférieures dont la droite poussée la première, déviée en avant paraissait plus large que la gauche, de plus, étant placée presque transversalement dans le maxillaire elle formait à peu près un angle droit avec sa voisine. Les deux dents étaient très solides dans leurs alvéoles et au premier examen je n'ai pu constater aucune mobilité. Par leur forme et leur couleur blanche elles accusaient assez nettement les caractères des dents normales. J'appelle encore l'attention sur le fait que je n'ai remarqué à l'examen réitéré le plus minutieux aucune modification locale dans la gencive dans la région correspondante. Le parfait état général de l'enfant était un autre argument qu'il ne s'agissait nullement des symptômes de « *dentitis difficilis*. »

Ainsi se passèrent les 3 premiers jours. Au 4^e la mère se plaignait de douleurs à chaque allaitement. A l'inspection de l'enfant j'ai pu relever des ulcérations sur la partie inférieure de la langue et une réaction inflammatoire très prononcée au niveau des dents évoluées. La face linguale de la gencive était en particulier le siège d'une tuméfaction considérable chaude, d'un rouge foncé. Avec cela la dent déviée branlait et la gencive correspondante devenue fongueuse, saignante au toucher et décollée.

J'ai attribué à l'implantation vicieuse des dents la cau-

se de ces modifications, de même que les excoriations du mamelon de la mère. Pour les autres c'était la susceptibilité excessive de l'épithélium de la muqueuse linguale lésée par les dents pointues et le traumatisme local provenant de la palpation continuelle pratiquée par trop de curieux.

Le début de l'abcès dans la partie voisine de la gencive prouvait que le traumatisme était accompagné d'infection. Suivant le conseil de Henoch qui nous enseigne « que l'extraction des dents précoces est absolument nécessaire dans pareil cas pour éviter la propagation du processus morbide dans l'alvéole je me suis décidé à extraire immédiatement les dents avec l'aimable concours de mon confrère le Dr Krukov. Pour extraire ces dents avec un davier il fallut employer un certain effort ; c'étaient de vraies dents temporaires, très solides dans leur alvéole.

J'ai eu l'honneur de présenter les deux dents ainsi que la photographie faite par moi de la fillette à une réunion de médecins à l'établissement de Saint-Petersbourg.

Il est à noter qu'après cette intervention j'ai vu toutes les modifications sus-décrites disparaître rapidement.

Les dents extraites offrent parfaitement par leur forme les caractères des incisives de lait avec leur face antérieure convexe et la face postérieure concave de la racine taillée en ciseau (Hirtl). Les racines sont coniques, incomplètement évoluées comme c'est en général le cas pour les racines des dents de lait.

Nous sommes donc en présence de dents temporaires qui, bien qu'insuffisamment formées accusent toutes les particularités des dents récemment poussées. L'une était légèrement ébréchée sur les bords ; mais toutes deux recouvertes d'un émail blanc.

OBSERVATION N° 6

*Enfants qui naissent avec des dents, par le Dr TISSIER,
à Remiremont*

Union médicale, 1875, page 475.

M^{lle} Clémence G..., âgée de 7 ans aujourd'hui est venue au monde à Nancy avec les deux incisives médianes supérieures parfaitement développées. Le père, ouvrier tapissier et la mère ont joui toujours d'une bonne santé.

La mère l'a nourrie elle-même.

L'enfant s'est toujours bien portée pendant tout le temps qu'a duré l'allaitement comme après le sevrage. Elle n'a fait aucune maladie et la présence de ses deux dents prématurément apparues n'a semblé gêner en aucune façon son développement.

A 6 mois, dit son père, elle avait toutes ses dents de devant et, aujourd'hui encore elle porte ses dents primitives qui ne tarderont sans doute pas à tomber puisqu'elle est âgée de 7 ans.

OBSERVATION N° 7

Inédite.

Nous avons eu l'occasion de voir M^{lle} Belleville, sage-femme, à l'hôpital Boucicaut, qui nous a affirmé être née avec deux incisives médianes inférieures. Sa mère en était désolée parce qu'elle avait entendu dire que les enfants présentant cette anomalie mouraient en bas âge.

Chose digne de remarque les deux dents congénitales ont persisté l'une jusqu'à l'âge de 18 ans; l'autre jusqu'à 26 ans.

Elles étaient restées naines, jaune foncé, mates, leur racine peu développée.

Actuellement, M^{lle} B..., présente entre les deux incisives latérales inférieures, un espace très réduit et sur la gencive que nous avons explorée, il n'apparaît aucune trace de dent incluse.

Il aurait été intéressant de pouvoir faire radiographier le maxillaire inférieur de cette personne.

OBSERVATION N° 8

Inédite.

M^{me} D..., 30 ans, infirmière libre, se présente à l'Ecole de Stomatologie, le 15 avril 1921.

A l'examen, on remarque l'absence de l'incisive médiane inférieure gauche. Aucun diastème ne sépare les dents.

D'après la malade, sa sœur, de trois ans plus âgée, présenterait la même anomalie.

Toutes deux sont nées avec deux dents; les deux incisives médianes inférieures et, la mère de notre malade est très catégorique à ce sujet, ces dents congénitales auraient persisté jusqu'à l'âge de 7 ans.

Aucune hérédité connue.

Une radiographie a été faite par le D^r BELOT. Elle n'a montré aucune inclusion de dent ou de débris folliculaire

OBSERVATION N° 9

Inédite.

Le 28 mars 1921, naissait chez M^{me} Lumière, sage-femme, à Paris, une petite fille (M^{lle} Alapetite), pesant 2.250 gr.

La grossesse avait été normale, l'accouchement normal aussi. Pendant les quelques jours qui suivirent, la mère eut des lochies fétides. Son poulx s'accéléra; mais la température axillaire ne dépassa pas 38°5.

Puis, tout rentra dans l'ordre.

Le bébé, chétif à la naissance prit le sein pendant deux jours. Le 3^e jour, M^{me} Lumière remarque un gonflement au niveau du maxillaire inférieur gauche qui, le surlendemain s'étend au côté droit. A l'intérieur de la bouche, elle trouve les gencives enflammées, augmentées de volume. La langue est collée au palais. Pour faire boire l'enfant on devait la lui abaisser.

Dès le second jour de la maladie, M^{me} Lumière aperçoit, à sa grande surprise deux dents, les deux incisives médianes inférieures, dépassant de un millimètre le rebord gingival. Tout autour d'elles, était le maximum d'inflammation.

Les accidents buccaux cédèrent spontanément et, le dixième jour, l'enfant quitte la sage-femme, en bonne santé. Les deux dents persistaient, elles étaient mobiles.

La mère n'avait rien aux seins.

Le 14 mai, nous voyons l'enfant pour la première fois. Il nous paraît chétif, un peu pâle, mais relativement en bon état. Il a gagné un kilogramme depuis sa naissance.

Pourtant il tète bien quoique la succion soit difficile, sa langue qui semble assez volumineuse restant toujours collée au palais.

Les selles sont régulières, jaune d'or. L'enfant porte, à gauche vers la partie moyenne du sterno-mastoidien, la cicatrice d'une ponction, cette cicatrice suppure encore. L'oreille gauche suppure également. Il existe aussi des adénites axillaires suppurées.

À l'examen de la bouche, nous trouvons la langue soulevée. En l'abaissant, nous découvrons un palais très ogi

val, mal formé, comme un palais de gueule de loup; mais sans perforation. Le maxillaire inférieur porte les deux incisives médianes décrites par la sage-femme; mais elles ne sont visibles que par transparence, la muqueuse les recouvre entièrement. Il n'y a aucune inflammation à leur niveau. Nous n'avons pu constater leur mobilité. Les parents affirment qu'elles sont tout à fait semblables à ce qu'elles étaient au second jour.

Le palper du maxillaire inférieur montre une tuméfaction bilatérale indolore qui semble être la réaction osseuse à une inflammation chronique. La mère prétend que de temps en temps, de petits abcès se forment et s'évacuent.

OBSERVATION N° 10

Inédite

due à l'obligeance du D^r CATHALA

Médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Enfant du sexe masculin, né le 16 mars, d'une femme paraissant bien portante, mais présentant des stigmates de rachitisme.

Poids de l'enfant à la naissance : 4.300 gr.

Quelques jours après, le 24 mars, on s'aperçoit que l'enfant présente une petite tuméfaction au niveau de la gencive inférieure du côté gauche.

À la vue, on constate sur le bourrelet gingival inférieur, un peu à gauche de la ligne médiane, une petite saillie de la muqueuse. Toute la muqueuse est rosée, d'aspect normal sans congestion ni ulcération. Au toucher, on sent surtout sur le rebord antérieur de la gencive, une petite saillie dure et mobile sous-jacente à la muqueuse. C'est une dent qui est en train de percer,

Rien à noter dans la partie droite de la gencive inférieure, ni à la gencive supérieure.

L'enfant est bien portant, il ne présente aucune autre anomalie. Les jours suivants, quelques troubles digestifs qui le font un peu diminuer de poids, de sorte qu'à sa sortie, il ne pèse que 4.240 gr., n'ayant pas rattrapé complètement son poids de naissance.

OBSERVATION N° 11

D^r KOCHMANN, *enfant né avec deux dents*

Mme M..., primipare accouche d'un enfant vers la fin de décembre et je suis appelé pour constater une anomalie chez cet enfant.

L'examen fait découvrir deux grandes bosses au milieu de la mâchoire inférieure. Elles étaient de couleur rouge pâle, transparentes et je reconnus facilement deux dents y contenues. L'enfant d'abord s'allaitait facilement, mais le 3e et 4e jour comme je m'y attendais l'éclosion d'une dent eut lieu et deux jours après, celle de l'autre. L'enfant avait donc le 7e jour après sa naissance 2 dents, les 2 incisives centrales de la mâchoire inférieure, développées normalement.

L'enfant vit, il est gai : mais un peu gêné dans sa digestion car la mère ne peut pas l'allaiter souvent à cause de la douleur que la succion provoque.

OBSERVATION N° 12

D^r NEUSSEL, *enfant né avec des dents*

En lisant l'observation du D^r Kochmann je me rappelai

que j'eus d'occasion d'observer il y a 35 ans environ, un cas d'un enfant nouveau-né, venu au monde avec deux dents. Cet enfant était normal et dans la mâchoire inférieure on a pu constater l'éruption des deux incisives moyennes, leur insertion était assez faible, et, comme elles empêchaient l'allaitement au sein je les ai fait enlever. Ni la mâchoire ni les gencives étaient atteintes. L'enfant est mort à l'âge de 1 an.

Il aurait été intéressant de pouvoir observer la croissance ultérieure de ces dents afin de savoir si elles auraient été remplacées par d'autres ou si une lacune serait restée à cette place.

OBSERVATION N° 13

D^r SINN, *jumeaux nés avec leurs dents*

Mme K..., 33 ans, accouche le 9 décembre 1880, de deux jumeaux bien portants. Le premier est venu à sa naissance avec une incisive inférieure gauche médiane et le second est né avec trois incisives inférieures. Chez tous les deux ces dents n'avaient ni la fraîcheur, ni l'aspect des dents saines. Elles étaient jaunâtres sans éclat. Les enfants furent par conséquent élevés au biberon. Leur développement laissait à désirer.

Le 1^{er} février 1881, le second jumeau meurt de pneumonie mais avant sa mort la 4^e incisive avait déjà poussé. Chez le 1^{er} jumeau encore vivant on a observé des symptômes rachitiques prononcés qui ont disparu en mai 1882 et à partir de ce moment sa santé fut bonne. Les 7 autres incisives ont fait leur apparition le 7^e mois ainsi que les 2 molaires.

Pendant l'éruption de ces incisives l'enfant avait perdu

l'incisive congénitale et elle ne fut pas remplacée. On ne voit pas la place ni la trace d'un remplacement à venir tandis que l'éclosion des molaires s'annonce déjà par l'épaississement de la gencive. L'observation ultérieure de ce cas nous fut impossible car l'enfant mourut.

OBSERVATION N° 14

(Thès. Debègue)

Clinique BAUDELLOCQUE, janvier 1903

n° de l'accouchement 181

Il s'agit d'une IIIe pare ne présentant aucun antécédent pathologique. Accouchement antérieur : septembre 1894, chez elle, spontanément et à terme d'une fille morte 18 heures après.

Trente août 1900 à Baudelocque à terme, forceps pour défaut de rotation de la tête, garçon 4.070 gr., placenta 640gr. nourri au biberon par une nourrice connue de la mère, vivant.

L'accouchement actuel n'a rien présenté d'anormal, il s'agit d'un sommet spontané et à terme. Fille du poids de 3.620 gr., placenta 550.

L'enfant de la 2^e grossesse présentait à la naissance sur le bord gingival de la mâchoire inférieure deux petites élevures rougeâtres répondant à la place des 2 incisives médianes qui semblaient prêtes à percer la muqueuse. En interrogeant cette femme on apprend que ces deux dents ont été définitives et jusqu'à 13 mois il n'y en a pas eu d'autres. Sa grandmère maternel le présentait deux dents à sa naissance.

L'enfant actuel présente la même particularité.

OBSERVATION N° 15

D^r BALLANTYNE

Garçon né le 13 octobre 1896 dans de très bonnes conditions.

La mère déclare que l'enfant ne peut pas prendre le sein et qu'il a une sorte d'excroissance dans la mâchoire.

Le D^r VAUGHAN examine l'enfant qui a deux jours et trouve sur la mâchoire inférieure et sur la ligne médiane une saillie recouverte de la membrane muqueuse buccale. Elle est de forme cylindrique et a sa direction vers l'intérieur de la bouche et est d'une consistance uniforme.

Sa longueur est de 4 mill. sa largeur de 2 et son diamètre antéro-postérieur de 1 mm. 5. Elle prend son origine sur le bord inférieur et sur la surface intérieure de la mâchoire inférieure sur la place correspondant à l'incisive centrale droite. Quant à son apparence et à sa couleur, elle ressemble exactement au reste de la membrane muqueuse. Sa consistance est dure et ressemble au tissu cartilagineux ou fibreux.

Lorsque l'enfant avait la bouche fermée la saillie touchait la lèvre supérieure. Elle a une base large et mobile. Le « Fracuum lingual » est anormalement large et solide. Il fallait rendre possible l'allaitement, donc le lendemain on procède à l'enlèvement de la saillie en question qui au premier examen paraît être très mobile et a l'aspect d'un néoplasme. On anesthésie avec une solution de cocaïne et on incise la saillie. On enlève la petite masse osseuse. Cela réussit très bien et on finit par appliquer une solution astringente pour éviter l'hémorragie qui était très légère.

L'enfant peut maintenant téter.

OBSERVATION N° 16

D^r BALLANTYNE

Le 1^{er} janvier 1894, Mme A..., 40 ans, donne naissance à un enfant mâle. Forcèps à cause de l'inertie utérine. Influenza avant les couches. L'enfant est délicat et faible. Il est nourri au biberon car la mère est incapable d'allaiter.

Cinq jours après sa naissance mon attention est attirée sur sa bouche où il me paraît comme si deux incisives y existaient. En effet, on y constate deux incisives centrales qui sont très mobiles. On ne les extrait pas. Le frère aîné de l'enfant est mort de méningite tuberculeuse et des signes de tuberculose existent chez d'autres membres de cette famille.

OBSERVATION N° 17

D^r BALLANTYNE

Enfant mâle venu à terme le 18 décembre 1893. On constate la présence de 2 incisives centrales inférieures qui sont recouvertes de muqueuse et dont la longueur est de 2 mill. La muqueuse qui les recouvre est rouge et enflée. L'éclouage se fait au bout de 5 jours. Elles sont tombées et furent remplacées par la dentition normale au bout de 5 mois (! !)

L'enfant est faible et est élevé au biberon.

OBSERVATION N° 18

MAGITOT, *Gazette des Hôpitaux* 1876

Le 30 décembre dernier, Mme X..., primipare, d'une apparence assez délicate accouche très naturellement d'un

enfant du sexe masculin. L'enfant paraît bien constitué et prend le sein au bout de 24 heures. Deux jours après on remarque avec surprise que les 2 incisives centrales inférieures affleurent le bord gingival. Ces dents continuent à pousser pendant les jours suivants et se dégagent peu à peu entièrement. Bientôt, on constate qu'elles remuent considérablement et semblent être soulevées hors de la mâchoire sur une sorte de pédicule qui permet de leur imprimer des mouvements de va et vient dans tous les sens. Elles paraissent ainsi être en voie d'élimination. Elles blessent le sein et gênent notablement les mouvements de succion de l'enfant. Ainsi, le médecin de la famille croit-il devoir les enlever.

L'opération est faite le 10 janvier, c'est-à-dire 3 semaines après la naissance de l'enfant. Cette ablation s'effectue très aisément au moyen d'une pince. Une demi-heure après, survient une hémorragie qu'on ne put arrêter qu'au moyen de la compression digitale continuée pendant toute la nuit.

L'hémorragie qui semblait arrêtée reparait le 21 au matin, elle oblige à une intervention. On pratique successivement des cautérisations dans les alvéoles pendant plusieurs jours. Au cours de ces opérations on aperçoit dans le fond de la plaie et au milieu des escarres qui la recouvrent, la présence de plusieurs corps durs, brillants qui ne sont autres que les couronnes en voie de formation de plusieurs dents permanentes incluses dans la mâchoire.

L'hémorragie reparait encore le 10 février. Ce jour-là nous sommes mandés près de l'enfant ; mais celui-ci est à l'agonie et meurt dans la journée.

OBSERVATION N° 19

Cas de Fauconnier, *in-revue belge de stomat.*, août 1920

Il s'agit d'un bébé du sexe féminin. Augustine X..., née à Liège, le 21 juin dernier, avec ses deux incisives centrales inférieures dégagées à demi du bourrelet alvéolaire.

Ces deux dents bien constituées sont en outre l'une et l'autre en rotation sur l'axe de telle sorte qu'elles s'imbriquent et ont leurs bords incisifs dirigés obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche.

Cet enfant a 8 frères et sœurs. Aucun n'a présenté de dent à la naissance.

OBSERVATION N° 20

Courrier Médical 1908, page 79

Un enfant né en septembre dernier à Misharaka, présentait à sa naissance huit dents, quatre à chaque maxillaire. Le médecin et la sage-femme qui présidaient à l'accouchement déclarent que ces dents semblaient dans la gencive comme huit perles dans un écrin.

OBSERVATION N° 21

Observation de HERPIN, *comptes-rendus de l'association des anatomistes* 1911

Clinique Tarnier.

Multipare ne présentant pas d'antécédents pathologiques, après une grossesse marquée seulement par des vo-

misements met au monde, le 29 décembre, un enfant à terme présentant à la mâchoire inférieure aux points correspondant aux deux incisives médianes, deux tubercules d'une hauteur de 2 millim. environ aplatis d'avant en arrière et recouverts par la muqueuse.

Le 2 janvier, le tubercule gauche laisse apercevoir une pointe dentifiée à travers la muqueuse perforée : le 3 janvier il en est de même à droite. Les deux tubercules sont mobiles sur le rebord alvéolaire. Le 6, les couronnes apparaissent tout entières : le lendemain, celle de gauche est à peu près détachée, le 8 elle tombe, découvrant le bulbe dentaire qui disparaît à son tour; le lendemain et le 17 janvier, chute de la 2^e couronne et de son bulbe.

Aucune affection inflammatoire de la muqueuse buccale.

OBSERVATION N° 22

*Observation de HERRIN, comptes-rendus de l'association
des anatomistes*

Clinique Tarnier.

Multipare sans antécédents pathologiques, qui met au monde une fille de 1,610 gr. à peu près à terme. Cette enfant présente au niveau de la portion médiane du maxillaire inférieur un peu à droite de la symphyse une petite tumeur de deux millimètres de hauteur et de largeur aplatie d'avant en arrière, de consistance fibreuse et recouverte par la muqueuse.

Huit jours après, la muqueuse est perforée et une portion de dent apparaît. Quatre jours plus tard, l'enfant quitte la clinique avec cette couronne affleurant toujours la gencive et présentant une mobilité caractéristique. Or, le

premier enfant de cette femme, un prématuré de 7 mois, présentait la même anomalie avec les mêmes caractères de mobilité, cette couronne persista jusqu'à son décès, 7 semaines plus tard.

Cette répétition de la même anomalie chez ces deux enfants semblerait indiquer qu'il s'agit d'un phénomène familial. Il y a lieu aussi de remarquer qu'un des enfants pesait à sa naissance 1.610 gr. et l'autre était un prématuré.

Aucune affection inflammatoire de la muqueuse buccale.

OBSERVATION N° 23

Dr MATTEI. *Communications à l'Académie de Médecine*
8 juin 1875

Le Dr Mattei constate à la naissance d'un enfant bien constitué la présence de deux incisives médianes inférieures fort bien dessinées et ayant déjà traversé la gencive, mobiles, semblant seulement collées à la muqueuse.

Parents sains. La mère présentait la même anomalie.

Le lendemain, le Dr Mattei voit une petite fille de 5 ans qui porte encore les deux dents avec lesquelles elle est née.

OBSERVATION N° 24

Note sur une enfant née avec des dents. Ulcération consécutive de la langue. Extraction des dents par le Dr Ad. DESMAS, chirurgien, adjoint à l'Hôpital de Cette.

Petite fille à terme de complexion moyenne, le sixième enfant de la famille. Parents sains, vigoureux.

L'enfant, seule parmi ses frères et sœurs, est née avec deux dents à la mâchoire inférieure. Elle a bien tété les premiers jours puis plus difficilement ensuite pour cesser progressivement toute succion.

L'examen de la bouche montre les deux incisives médianes inférieures bien sorties, longues de 2 à 3 millimètres environ, très blanches, dont le bord libre est mince, très finement dentelé et tranchant. La droite paraît plus solidement implantée que la gauche.

La langue présente à la face inférieure, à peu près à égale distance de sa pointe et de l'extrémité supérieure du filet une ulcération transversale et médiane de près d'un centimètre et demi d'étendue, à fond grisâtre, à bords enflammés, assez profonde et douloureuse car l'enfant pleure quand, pour mieux la voir, je soulève la langue à l'aide d'une petite cuiller.

D'après sa situation et sa forme, il est évident pour moi que cette ulcération est le fait des dents. Leur bord tranchant a dû entamer d'abord le dessous de la langue quand l'enfant tétait puis enflammer la plaie à chaque succion nouvelle. De là, douleur de plus en plus vive, difficulté et enfin impossibilité de prendre le sein.

Je prescris de toucher de temps en temps l'ulcération avec du miel rosat boraté ; mais l'enfant dépérit de jour en jour, de la diarrhée survient puis des vomissements. La bouche est plus chaude, la langue rouge, les gencives se gonflent et s'ulcèrent en quelques points. L'ulcération sublinguale augmente. L'enfant bave beaucoup et paraît plus souffrante.

La présence des dents à la mâchoire inférieure me paraissant être la cause de tout le mal, l'indication de les arracher, se pose dans mon esprit. Après quelques hésitations, je m'y décide et le 13e ou 14e jour après sa naissance, à l'aide d'une pince à artères de trousse j'enlève sans peine la dent gauche et avec plus de difficulté, la droite,

mieux implantée. Elles ressemblent aux dents de la première dentition, un peu plus petites peut-être.

Dès le lendemain, la petite fille commença à prendre un peu le sein. Les accidents de gastro-entérite se calmèrent progressivement. Une semaine après, l'ulcération de la langue était presque cicatrisée et ne causait plus la moindre gêne à l'enfant et son rétablissement me parut assez complet pour que je cessasse de la voir.

Mais, moins de vingt jours après, je fus appelé de nouveau et la trouvai atteinte d'une pneumonie grave à forme adynamique qui se compliqua bientôt de diphthérie à la vulve. L'enfant tétait bien, sa bouche était saine. Elle succomba âgée à peine de cinquante jours.

OBSERVATION N° 25

OBSERVATIONS DE THORE

Observation I.

Romain, enfant du sexe masculin atteint de muguet et d'engouement pulmonaire. A l'âge de 1 mois et demi le 30 mars 1842, on voit apparaître une saillie rougeâtre à la partie moyenne de la mâchoire inférieure. Le 1^{er} avril, il en sort une incisive médiane gauche, blanche, de volume normal ; mais très mobile. Elle est au centre d'un bourgeon noirâtre très boursoufflé. Le lendemain cette dent est tombée, il reste un tubercule mou sortant de la cavité alvéolaire ; autour, la muqueuse gingivale est grise et ulcérée. Le 3, ce tubercule a disparu et a laissé une cavité conique sur la ligne médiane.

La fièvre et l'amaigrissement continuant, l'enfant succombe le 13 avril aux progrès des maladies indiquées plus haut.

Observation II.

P..., fille âgée d'un mois le 8 juin. On remarquait déjà depuis quelques jours une ulcération grisâtre sur la ligne médiane de la mâchoire. Au fond de cette ulcération on voit apparaître deux petites dents, incisives médianes plates, peu saillantes et déjà mobiles.

Le 9 juin, elles deviennent plus saillantes, elles sont d'un blanc grisâtre et se trouvent au milieu de cette ulcération qui s'étend encore.

Le soir, cette petite fille succombe à une pneumonie. A l'autopsie, on constate l'existence de deux dents déjà décrites. Il est facile de les extraire et elles se présentent sous la forme de deux cornets. Le follicule de l'incisive gauche est boursoufflé et très rouge et celui de droite l'est moins.

Observation III.

D..., garçon de 1 mois et demi succombe le 17 juillet 1842, à une double pneumonie. A l'autopsie, on voit une dent incisive médiane inférieure droite faisant saillie hors de l'alvéole. Elle est placée au milieu d'une ulcération, elle est blanche, se détache facilement sous forme de cornet à parois minces et laisse voir un corps d'un rouge noirâtre de forme globuleuse qui dépasse la gencive.

L'incisive médiane gauche faisait hors de l'alvéole une saillie moins prononcée, elle reposait aussi sur un champignon noir et comme gangrené. La portion de l'os maxillaire inférieur qui correspondait à ces deux dents était manifestement cariée et se détachait par fragments ramollis. La gencive était profondément ulcérée.

Observation IV.

Radegonde, fille, entrée à l'infirmerie pour muguet confluent. Elle avait 1 mois le 10 juillet lorsqu'on remarqua

de la mâchoire inférieure apparaissaient deux incisives médianes. Elles étaient très saillantes et tombèrent le lendemain. Elles furent remplacées par deux petits corps d'un gris noirâtre, arrondis, saillants et comme étranglés à leur base.

L'ulcération s'étend et en même temps se manifestent les symptômes d'une pneumonie à laquelle l'enfant succomba le 24 juillet.

Observation V.

B..., garçon, âgé de 12 jours, nous est présenté le 9 mars 1849. Il avait depuis quelque temps une tuméfaction de la lèvre supérieure à la partie moyenne. Une autre saillie d'un noir violet apparaît à la gencive supérieure gauche et laisse échapper un pus jaunâtre quand on presse. Deux ou trois jours après notre visite il sort par la fistule formée, une dent ayant la forme et la grosseur d'une dent régulièrement développé.

Elle a la forme d'un cornet à minces parois, est aplatie et terminée à son bord libre par de petites saillies. Elle est pourtant recouverte d'émail.

Le 27 mars, nous revoyons l'enfant. Depuis quelque temps la grosseur a beaucoup diminué; mais il s'est formé une autre tumeur plus en haut et plus en dehors. Elle est plus volumineuse et s'est ouverte la veille; il en est sorti une dent toute semblable à la première. C'est l'incisive latérale gauche. Au point correspondant, existe une saillie rouge. Il s'échappe de la narine gauche du pus en assez grande abondance. La partie moyenne du maxillaire supérieur est mobile et on peut la déplacer facilement avec une légère pression.

L'enfant tête bien et paraît médiocrement souffrir.

7 avril. Les abcès sont cicatricés et la partie mobile de l'os maxillaire s'est consolidée — écoulement de pus par la narine gauche.

28 avril. Les points par lesquels les dents se sont échappées sont cicatricés. Encore un léger écoulement un peu fétide par la narine gauche. L'enfant se développe bien.

Examiné à nouveau le 13 janvier 1850 à l'âge de 11 mois

A l'âge de 8 mois, les deux incisives inférieures médianes ont paru, puis il y a 4 jours, une incisive supérieure médiane droite. Les deux incisives supérieures gauches sont bien entendu absentes; il existe une dépression très prononcée à la place qu'elles occupaient. La canine supérieure gauche commence à percer la gencive ainsi que la dent correspondante du côté opposé.

9 juillet 1851. La première molaire supérieure du côté gauche a paru il y a 2 mois. Celle de droite n'est pas encore sortie.

9 novembre 1857. L'incisive médiane gauche a paru à la mâchoire supérieure. L'autre ne se montre point encore.

En février 1859. L'incisive latérale supérieure gauche n'existait point, la canine avait pris sa place.

OBSERVATION N° 26

CARDEPONT, *Un cas de pseudo-éruption précoce*
(*folliculité expulsive*).

In *Revue de Stomatologie*, janvier 1902.

M^{lle} Hélène Louvier avait 48 heures quand je la vis. C'est le matin de ma visite que les parents avaient constaté l'apparition de la dent.

Cette incisive inférieure latérale gauche parut bien formée. Sa couronne émergeait presque entière de la gencive et l'idée ne me vint pas à l'idée à ce moment d'éprouver sa solidité. La gencive à son niveau était un peu rouge et irritée et formait autour d'elle un léger bourrelet.

La petite Hélène était plutôt chétive, elle présentait un ictère des nouveaux-nés assez intense, survenu dès le début du 2^e jour; mais nulle inflammation congénitale.

La mère, primipare, avait eu une grossesse normale et l'accouchement n'offrit aucune particularité.

Les parents, robustes et sains ne présentent aucune diathèse d'aucune sorte.

Je savais la rareté des cas d'éruption précoce; mais je n'en avais jamais observé, et, laissant la dent en place je priai les parents de noter avec soin l'apparition des autres dents.

Cette année j'ai vu la petite Hélène superbe de développement et de santé et voici ce que j'ai appris :

Après mon départ, l'état général continue à rester mauvais, l'enfant se développait mal et se nourrissait peu. Elle eut de la diarrhée et l'ictère persista pendant une quinzaine de jours pour disparaître ensuite progressivement.

A ce moment, la dent devint d'une mobilité extrême et ne tarda pas à tomber. Mais à sa place, me dit la mère, il resta une « dent en chair », rouge, extrêmement douloureuse qui finit par jaunir, se flétrir et disparaître. Tant que cette cicatrisation ne fut pas terminée, l'allaitement resta très difficile. Après, l'enfant se développa d'une façon surprenante et, aujourd'hui se porte aussi bien que possible.

Elle possède actuellement en haut et en bas, ses incisives centrales. L'incisive latérale tombée spontanément a laissé à sa place une cicatrice assez profonde et une dépression

très marquée. Les autres dents sont sorties normalement à l'époque habituelle de leur apparition.

La dent tombée et immédiatement recueillie est petite. L'émail en est assez formé sauf pourtant à la face linguale; mais il est à peine doublé intérieurement d'une mince couche de dentine. Il n'y a pas la moindre trace de formation radiculaire, si bien qu'ainsi constituée, la dent, réduite à sa couronne excavée représente assez bien un éteignoir ou un cornet.

Je compris en l'examinant ce que la mère avait voulu dire en parlant d'une « dent en chair ». Il s'agissait évidemment de l'organe pulpaire congestionné et mis à nu en totalité. L'expression qui m'avai surpris répondait vraiment à la réalité des faits.

OBSERVATION N° 27

Streptococcie buccale chez un nouveau-né.

Nécrose du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, par

MM. BRINDEAU et MACÉ.

L'un de nous a déjà eu l'honneur de présenter à la Société d'obstétrique de Paris, quelques observations de plaques pterygoïdiennes de nouveaux-nés ayant amené à leur suite des complications plus graves. Nous venons d'en observer un autre cas à la clinique Tarnier qui s'est terminé par la mort.

Il s'agit d'un enfant né à terme de mère probablement très bien constitué au moment de la naissance. Six jours après l'accouchement on remarque que le nouveau-né présentait sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, deux plaques grisâtres symétriques au niveau de l'extrémité pterygoïdienne de ce bord. Les plaques étaient constituées par de petites ulcérations superficielles recouvertes d'une

fausse membrane très mince. Après avoir frotté la surface de l'ulcération que nous examinâmes le plus directement en même temps que nous faisons des cultures sur différents milieux. Ces recherches nous ont montré l'existence du streptocoque et du staphylocoque blanc.

Les jours suivants la plaque pterygoïdienne du côté gauche s'ulcère de plus en plus en même temps qu'elle prend une teinte noirâtre. Puis, nous vîmes bientôt à son centre un petit nodule blanc nacré qui ne tarda pas à être expulsé. Le nodule, gros comme un pois, était constitué par une des molaires qui s'était énuclée de son alvéole.

En même temps que la lésion locale augmentait, l'état général du nouveau-né devenait mauvais. Sa température atteignait 40° dans le rectum. Sa courbe de poids diminuait visiblement. Deux jours avant sa mort apparurent de nombreuses plaques crysiplateuses sur la tête et le tronc.

En somme, nous voyons que ces plaques pterygoïdiennes à streptocoques qui paraissent si bénignes au début sont devenues le point de départ d'un sphacèle ayant envahi le bord du maxillaire et l'alvéole d'une molaire. Cette expulsion spontanée de dent par envahissement streptococcique n'est évidemment pas très fréquente. Elle s'explique par la virulence particulière de l'infection qui s'est du reste généralisée puisque l'enfant est mort avec un érysipèle étendu.

OBSERVATION N° 28

Abcès intra-alvéolaire lié à l'éruption précoce d'une dent, chez un nouveau-né.

MAYGRIER et JEANNIN.

Le 7 avril 1900, naissait à la Maternité de la Charité, l'enfant L., à la suite d'un accouchement particulièrement laborieux,

Sa mère présente un mauvais état général, le travail qui dure depuis 48 heures n'avance pas, les membranes sont rompues depuis 24 heures. La dilatation étant d'une petite paume de main on la complète manuellement. Le forceps tenté au détroit supérieur doit être retiré à cause d'une pro-cidence du cordon. La version est faite mais la rétraction de l'anneau de BANDL emprisonne la circonférence sous occipito-frontale, rend la manœuvre de MORICEAU impossible. Le forceps appliqué sur la tête dernière, met au monde un enfant de 2.870 gr. en état de mort apparente mais ranimé en 15 minutes. On note un décollement du frein et de la partie antérieure du plancher lingual. Dans la première semaine, la température de l'enfant oscille entre 37°5 et 38°5.

Au 8^e jour, on voit poindre au niveau du bord alvéolaire du maxillaire inférieur à 1 cm. 1/2 de la ligne médiane un petit abcès qui s'ouvre spontanément. La pression exercée sur ce maxillaire fait sourdre un pus crémeux verdâtre et bien lié que l'examen bactériologique montre riche en pneumocoques ainsi qu'en nombreux cocci et quelques bâtonnets aérobies.

Le jour suivant apparaît en ce même point une dent qui est éliminée spontanément. C'est la 2^e incisive gauche inférieure.

La suppuration s'atténue les jours suivants. La température redevient normale au 12^e jour. La courbe du poids qui s'est abaissée lors de la formation de l'abcès, s'élève de nouveau régulièrement. La mère infectée par l'enfant a pendant 2 jours une légère galactophorite du sein gauche.

Actuellement, la suppuration n'est pas encore tarie. On fait sourdre du pus en pressant sur le maxillaire inférieur et il reste au niveau de la gencive une petite cavité fistuleuse.

On continue les lavages et les soins antiseptiques locaux fréquemment renouvelés. Pour éviter la déglutition du pus, l'enfant est exclusivement nourri par gavage. Son état général se maintient excellent comme le démontre sa courbe d'accroissement. Le poids actuel est de 2.900 gr. dépassant de 30 gr. celui de la naissance. Tout me porte à croire à une guérison prochaine.

OBSERVATION N° 29

Accidents d'éruption précoce chez un prématuré.

Par M. JEANNIN.

Enfant né à 6 mois 1/2, pesant 1.400 gr.

Bien constitué, prématuré mais non débile. La température est de 36°. Accouchement absolument normal et spontané. L'enfant est immédiatement placé en couveuse.

Pendant les 21 premiers jours, la santé est très bonne et l'augmentation de poids est progressive et régulière. Le 21^e jour, sortie de l'incisive latérale gauche inférieure. La dent est réduite à une simple enveloppe, véritable doigt d'gant. Très peu adhérente et très mobile, on l'enlève pour éviter sa déglutition. A sa place, apparaît sur la gencive un petit bourgeon ayant un peu l'aspect d'une épulis, puis une plaque de stomatite ulcéro-membraneuse qui gagne la muqueuse labiale. Attachements à l'eau oxygénée.

Deux jours après, sortie de l'incisive latérale gauche supérieure. On constate autour de ces deux dents une plaque de stomatite ulcéro-membraneuse plus légère qu'à la mâchoire inférieure. Cette éruption dentaire est accompagnée de phénomènes graves, diarrhée, vomissements, oscillations de la température, perte continuelle du poids. Enfin survient une péritonite accompagnée de suppuration ombilicale et l'enfant meurt vers le 26^e jour.

OBSERVATION N° 30

Eruption dentaire, par M. Robert LACASSE

Revue de Stomachique 1902 p. 279

S. Charles, 25 jours.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires. L'enfant est né le 15 janvier 1902 se présentant, du sommet, spontanément et à terme.

La mère commence par le nourrir au sein ; mais bientôt le sein gauche présente des crevasses et trois jours après la naissance, le 18 janvier, survient une lymphangite superficielle. L'enfant ne peut plus être alimenté que par le sein droit. Lui, qui jusqu'alors tétait normalement, commence à dépérir.

Le 20 janvier, un médecin est appelé. Il examine la bouche de l'enfant et constate alors l'existence de 3 dents à la mâchoire supérieure, la mère ne soupçonnait pas leur existence qui ne lui fut révélée que par le médecin. Ces 3 dents siégeaient à la mâchoire supérieure du côté droit. L'une était la canine, les deux autres se trouvaient situées en arrière, contigües l'une à l'autre mais séparées de la canine par un intervalle que nous n'avons pu faire préciser. Leur localisation exacte nous reste donc inconnue.

Le médecin pratique l'avulsion de la canine et des deux autres dents tombent spontanément le même jour.

Le 21, la mère constate un gonflement diffus siégeant au niveau du sillon nasogénien droit. L'enfant semble avoir de la difficulté à respirer par le nez et ne respire que par la bouche. Le médecin prescrit des injections nasales et des lavages de la bouche ; il paraît avoir mis l'enfant à un traitement spécifique K, i ?

Le 7 février, la mère s'aperçoit que du pus sort de la cavité laissée libre par l'avulsion dentaire, en même temps l'état général de l'enfant a continué à s'aggraver.

Le 10, l'enfant est amené à la consultation de M. Broca, à l'hôpital Tenon. A cette époque, la lymphangite du sein de la mère est déjà totalement guérie et depuis 15 jours l'enfant tète les deux seins.

Examen de l'enfant : L'interrogatoire ne nous fournit que peu de renseignements précis ; le petit malade est accompagné par une voisine qui ne peut donner que d'une façon très incomplète les quelques antécédents que nous venons de voir. L'enfant est cachectique, pâle, émacié, squelettique, mal tenu. A l'inspection de la face on constate très nettement une tuméfaction située dans le sillon naso-génial droit qu'elle soulève, un peu cependant au-dessus de l'aile du nez, mais, au-dessous de la région de l'angle interne de l'œil, à ce niveau, la face a sa coloration normale. La saillie de la pommette paraît être douloureuse au toucher.

A l'ouverture de la bouche, on aperçoit un peu au-dessus du rebord alvéolaire, au niveau de la canine, un orifice fistuleux de la largeur d'une lentille environ auquel fait suite un canal oblique en haut et en dedans. Par cet orifice, s'écoule une sérosité louche augmentant par la pression de la tuméfaction naso-génienne. La pression au même point donne issue par la narine droite à une quantité notable de muco-pus assez épais.

Autour de la fistule la gencive est rouge, un peu tuméfiée. Le maxillaire supérieur sous-jacent présente des lésions appréciables. Il n'est pas possible de retrouver la place où siégeaient les deux autres dents. Le rebord alvéolaire est lisse dans tout le reste de son étendue et ne porte pas de reliquat cicatriciel.

A l'examen de la voûte palatine on voit la muqueuse soulevée par une collection nettement fluctuante, celle-ci de la

gros seur d'une petite noisette, s'étend depuis le rebord alvéolaire en avant, à la ligne médiane en dedans, en arrière, à peu près à l'union de la voûte latine et de la portion membraneuse du voile, en dehors, elle se confond insensiblement avec la muqueuse de la partie la plus externe de la voûte palatine.*

Incision de cette collection. Il ne s'en écoule pas de pus ; mais un sang épais, visqueux en assez grande abondance. Un stylet introduit par l'incision arrive sur le maxillaire supérieure sans pouvoir y déceler une lésion de nécrose quelconque. Pansement humide de la face, lavage de la bouche.

L'enfant n'a pas été ramené à la consultation ; mais nous avons appris qu'il était mort deux jours après.

OBSERVATION N° 31

Revue de Stomat. 1909, p. 24

Phlegmon orbitaire et dentition précoce, par le Dr VIGIER

B. André, âgé de 2 mois, dont la mère est domiciliée à Paris, rue Saint-Maur, entre le 23 novembre à la fondation Rothschild, dans le service du Dr TROUSSEAU. Cet enfant présente de l'exophtalmie du globe oculaire droit avec œdème palpébral et tuméfaction du maxillaire supérieur correspondant.

Au niveau de la paupière inférieure on perçoit une fluctuation très nette et l'on peut délimiter une collection liquide qui semble provenir de la cavité orbitaire. La conjonctive bulbaire est ecchymotique, au-dessous de la cornée fait saillie un volumineux bourrelet de chemosis.

De la narine droite s'écoule un mucus purulent d'une teinte rouge brique avec quelques filets de sang. La pres-

sion sur l'angle naso-génien provoque l'issue du liquide en plus grande abondance.

A l'examen de la cavité buccale nous sommes étonnés de découvrir une dent volumineuse située du côté droit (maxillaire supérieur).

Les antécédents héréditaires sont dépourvus d'intérêt. Le père et la mère jouissent d'une bonne santé et semblent exempts de toute tare syphilitique, de toute intoxication professionnelle ou éthylique. D'autre part, l'enfant est venu à terme et l'accouchement a été normal.

D'après le récit de la mère, les phénomènes que nous constatons auraient débuté quinze jours auparavant. Ils auraient suivi de près l'éruption de la dent. Cette dernière aurait acquis en quelques jours tout son développement. La mère insiste sur le mauvais état général de son fils qui, plein de santé après la naissance s'est rapidement cachectisé, refuse le sein et ne dort la nuit que quelques heures. Un examen sommaire de l'enfant nous confirme l'appréciation de la mère. Faciès terreux, amaigrissement, langue sèche, présence de muguet sur le voile du palais. Température atteignant plus de 40°, tout nous indique un état général mauvais.

En présence d'un phlegmon orbitaire, la seule conduite à tenir était l'intervention. Suppléant le Dr TROUSSEAU absent, nous pratiquons une incision profonde au niveau du cul de sac inférieur, au-dessous du globe oculaire. Un flot de pus rougeâtre jaillit de la cavité orbitaire. Après lavage de la cavité nous établissons un drainage par l'introduction de 2 tubes de caoutchouc juxtaposés. Au cours de l'intervention, la sonde cannelée nous a permis de trouver que le plancher orbitaire est seul en cause et qu'il est largement dénudé. En raison de cette constatation nous jugeons opportune l'extraction de la molaire précoce, estimant que l'avulsion favorisera peut-être la sortie du liquide purulent.

Contrairement à notre attente, il ne s'échappe par cette voie que de rares gouttes de pus.

Dans les jours qui suivent l'opération le liquide change progressivement d'aspect et devient sanguinolent. Il diminue rapidement. Dix jours plus tard, sa disparition est complète. La santé de l'enfant se métamorphose et lorsqu'il quitte l'hôpital il a augmenté de poids, tete avec appétit et repose des nuits entières.

Le 24 décembre, il est repris de fièvre, d'inappétence et d'insomnie. La paupière inférieure est légèrement tuméfiée et le maxillaire présente à sa surface une zone d'empatement. Les fosses nasales, un instant débarrassées de toute sécrétion sont depuis trois ou quatre jours le siège d'un écoulement assez abondant.

De nouveau, nous interrogeons la cavité buccale, qu'elle n'est pas notre surprise en apercevant une molaire analogue à la précédente et développée exactement sur le même emplacement. Sortant une fois de plus de notre compétence, nous pratiquons l'avulsion de cette nouvelle molaire. Beaucoup moins volumineuse que la première elle est bien plus friable. Au-dessous de la dent, nous retirons plusieurs fines esquilles.

Le liquide recouvrant la dent et celui provenant du nez sont reconnus de composition bactériologique semblable, diplobacilles, pneumocoques à virulence faible, otaphylocoques blancs et dorés.

Le docteur FARGIN-FAYOLLE qui a examiné lui aussi le malade et qui a fait préciser les anamnestiques, croit au point de départ nasal de l'infection qui, ayant gagné secondairement la bouche s'est étendue aux follicules dentaires provoquant l'expulsion des deux couronnes.

OBSERVATION N° 32

Observation inédite

*Communiquée par le D^r CLEISS, chef de clinique
du Professeur COUVELAIRE*

Maurice H..., est né à la Maternité de Baudelocque, le 24 septembre 1919.

Le 7 octobre (il avait donc treize jours), nous nous sommes aperçus, à 7 heures du soir que l'incisive gauche inférieure avait percé. Pendant les trois heures qui ont suivi on pouvait voir grandir la dent, tellement, qu'à 10 heures elle était sortie toute entière. A 10 h. 30 exactement la dent est tombée sous une très légère pression du doigt laissant une petite boule d'un rouge noirâtre qui n'a disparu qu'au bout de plusieurs jours.

Plus tard, à deux ou trois reprises, il nous a semblé qu'à la place de cette dent il en revenait une autre, mais ce n'était qu'une « pseudo dent » sans ivoire qui était usée en quelques jours.

L'enfant a maintenant 19 mois. Il a 13 dents dont deux canines ; mais cette première dent n'a pas repoussé.

Critique des théories pathogéniques

S'il existe dans la littérature médicale un assez grand nombre d'observations de dents précoces, il y en a en réalité fort peu qui permettent l'étude approfondie de la question.

Les auteurs signalent bien qu'un enfant est venu au monde avec une ou deux dents ou que cette dent est apparue à une époque assez rapprochée de la naissance. Ils décrivent les caractères normaux ou anormaux de ces organes ; mais, en général, ils n'ont pu suivre l'enfant jusqu'à la fin de la dentition permanente.

Que deviennent ces dents congénitales ! Très souvent elles tombent rapidement, d'autre fois elles persistent.

Mais lorsqu'elles n'ont duré que quelques jours laissent-elles toujours un vide dans la denture temporaire ?

Si l'on nous montrait des cas bien observés de dents prématurées éphémères ayant été remplacées quelques mois après leur chute, nous pourrions penser soit à des dents surnuméraires, soit à une sorte de dentition

pré lactéale suivie de l'éruption extrêmement précoce des dents permanentes.

BALLANTYNE, nous dit bien (observ. n° 17) que les dents précoces de son petit malade « furent remplacées au bout de cinq mois par la dentition normale » ; mais l'auteur n'est pas suffisamment précis pour que nous tenions compte de son observation.

Il nous semble donc présomptueux dans l'état actuel de la question de chercher à donner une explication définitive de cette anomalie. Aussi, pour notre compte, nous bornerons nous à souligner celles des nombreuses théories émises qui paraissent s'appliquer au cas que nous connaissons.

L'hypothèse de CAPDEPONT, pour certains faits, est assez séduisante.

La salive du nouveau-né s'enrichit rapidement de microbes divers. LEUCOWICZ en a compté vingt trois espèces dont dix streptocoques. La moindre lésion épithéliale peut être le point de départ d'une infection. Au-dessous de l'épithélium de la gencive, se trouve une couche épaisse de tissu aréolaire étoilé dont les mailles sont relativement larges et ouvertes (Tomes). La progression microbienne rétablit la perméabilité du *gubernaculum dentis* et, par ce cordon continu, ou formé de masses épithéliales juxta posées, elle envahit le follicule dentaire et provoque l'expulsion de la couronne en voie de formation.

RADIER, rapproche cette pseudo-éruption précoce de celle de la seconde dentition. Voici, disait-il, lors de la

discussion de la communication CAPDEPONT à la Société de Stomatologie. Voici cinq couronnes de pémolaires inférieures que j'ai eu à cueillir à de jeunes malades atteints de fièvres éruptives, leur développement suffit pour vous indiquer combien leur apparition était prématurée.

Deux ont appartenu au même sujet, leur expulsion après celle des dents de lait, au cours d'une rougeole fut contemporaine d'ostéomyélite du maxillaire qui entraîna l'extraction de ces huit séquestres variant de un à trois centimètres de surface, leur épaisseur restant celle des tables externe et interne de la mandibule chez un enfant de quatre ans.

Ces faits sont tout à fait semblables à ceux que BAR a groupés pour établir la symptomatologie de sa " stomatite à forme nécrosante " ; mais là, l'infection détruit tous les tissus et met à nu les couronnes dentaires de la même façon qu'un peu plus loin elle découvrira le maxillaire.

Ce sont évidemment des cas très rares dus soit à une grande virulence de l'agent pathogène, soit à une trop faible résistance du terrain.

CRUET a fait remarquer à CAPDEPONT que, pour édifier sa théorie il devait écarter *à priori* un nombre de faits certainement considérables où l'inflammation buccale n'avait pas été constatée.

Les accoucheurs insistent sur ce point. BAR a observé un bon nombre d'éruptions prématurées sans remarquer un état particulièrement maladif, soit local, soit

général de l'enfant. De même, LE LORIER, LEQUEU, DEVRAIGNE, n'ont jamais vu aucun trouble lié à l'éruption précoce.

CAPDEPONT est donc obligé de supposer que l'inflammation était assez atténuée pour passer inaperçue. Il admet aussi une situation ectopique du follicule le rendant plus vulnérable.

Nous avons vu que, dans le seul cas où un anatomiste — HERPIN — a été à même d'examiner une dent prématurée et les tissus périodentaires il n'a pas trouvé la moindre trace de sac folliculaire. Nous ne pouvons pas ne pas rappeler à ce propos l'hypothèse émise par PIERRE ROBIN.

PIERRE ROBIN qui, dans sa thèse, a montré le rôle de protection et de guide joué par le sac folliculaire pendant l'éruption de la dent, supposait que si par suite d'une anomalie de formation, le sac folliculaire n'existait pas la couronne, non protégée pourrait ulcérer les tissus mous créant un milieu favorable à l'infection et être éliminée par la suite.

Ce serait une *anomalie dans la constitution* du follicule dentaire.

Beaucoup d'auteurs, nous l'avons vu croient à une *anomalie dans la situation*. Les follicules dentaires sont trop superficiels. La muqueuse est réduite à une très mince couche épithéliale peu résistante et la couronne est expulsée par la rétraction des parois alvéolaires comme un noyau de cerise (ceci expliquerait leur ascension quelquefois si rapide, observ. 32).

La moins discutée est l'*anomalie dans le temps*, des phénomènes d'accroissement de la dent et l'éruption subissant une avance sur l'horaire normal.

Les enfants peuvent, soit héréditairement, soit par hasard naître précoces dans leur développement physique ou intellectuel. Certaines races, les Lapons et les Esquimaux en particulier, où l'individu arrive tôt à l'état adulte ont, d'après MAGITOT, une moyenne d'éruption des dents temporaires plus précoces.

L'Abbé PETITOT (*Bulletin de la Société d'anthrologie*, 1875), affirme que les Peaux-Rouge viennent souvent au monde avec des dents. « Ordinairement ils
« ont tous leurs cheveux qui sont un peu plus soyeux ;
« mais de même couleur que chez l'individu adulte,
« leurs traits sont aussi plus formés que ceux de nos
« enfants européens, leurs yeux ont la même fixité, la
« même ardeur de ce regard ophidien qui caractérise
« les indiens ».

En Europe cette précocité est plus rare. D'OUTRE-PONT, cite une petite fille dont la dentition commença à la deuxième semaine et s'acheva au sixième mois. Cette petite fille se faisait remarquer en outre, dès sa naissance par son poids élevé et les grandes dimensions de son corps, les règles apparurent au neuvième mois et se répétèrent régulièrement.

Au point de vue mentale, cette petite fille n'était pas moins développée. Au neuvième mois, elle parlait

et marchait, et, à un an elle avait des cheveux noirs et des mamelles bien formées.

L'hérédité est signalée très souvent comme facteur étiologique de l'éruption précocce. BAR. cite le cas très curieux d'une famille où le père et les garçons avaient des dents à la naissance, tandis que les filles avaient une dentition normale.

PIETKIEWIEZ père, s'est trouvé en rapport avec un habitant de Seine-et-Oise, dont trois filles sur cinq eurent des dents précoces. Dans nos observations, nous rencontrons plusieurs fois cette coïncidence.

POUR GALIPPE, l'hérédité peut être homologue ou dissemblable et un individu portant une anomalie dentaire, la peut transmettre avec ou sans aggravation mais, peut également transmettre des anomalies qu'il ne présente pas lui-même, en vertu de l'hérédité dissemblable et des caractères métamorphiques des stigmates héréditaires (voir observation n° 2).

GALIPPE, croit que toute anomalie est un signe de dégénérescence, certains auteurs font intervenir dans l'étiologie des éruptions précoces, une diathèse. MAGROT, l'a observée chez des enfants chétifs, débiles, Jorvowsky, chez des rachitiques. Par contre, beaucoup admettent que la cause des éruptions anticipées, réside dans une constitution particulièrement robuste et s'effectue sous l'influence d'une sorte de suractivité vitale et professionnelle.

Si la pathogénie des éruptions prématurées est encore peu précise, si les causes de ce phénomène

paraissent très variées, du moins les différentes descriptions de l'anomalie données par les auteurs semblent concorder pour admettre deux catégories de faits.

D'une part, les éruptions précoces vraies.

D'autre part, les pseudo-éruptions précoces. Cette distinction est-elle en fait aussi rigoureuse ?

La mobilité des dents, leur durée éphémère doivent déterminer le diagnostic de pseudo-éruption. Or, si dans l'observation de CHOMPRET (n° 4), les dents donnaient l'impression d'être bien implantées, dans celles du petit Jubin (obs. 2) et chez le fils du chauffeur du docteur SAUVEL, elles étaient mobiles et cependant elles devinrent par la suite solides dans le maxillaire.

La couleur, la forme sont des éléments aussi variables. CHOMPRET signale chez M^{lle} H. la forme dystrophée des incisives précoces, leur couleur gris verdâtre, leur émail irrégulier, granuleux. Nous avons remarqué les mêmes signes dans les deux cas.

Nous en arrivons à penser qu'il n'y a pas de limite bien précise entre l'éruption précoce vraie et la pseudo éruption précoce. L'une et l'autre peuvent exister ; mais entre elles il y a place pour toute une série de faits se rapprochant tantôt de l'un, tantôt de l'autre extrême.

Certaines dents peuvent être surprises dans leur évolution par un phénomène morbide ou mécanique. Leur racine est plus ou moins développée, leurs attaches sont plus ou moins fragiles. Résistent-elles aux traumatismes, à l'inflammation de la gencive. Echappent-elles à l'absorption ?

pent-elles à l'infection de l'organe pulpaire ; elles continue leur croissance et s'implantent dans le maxillaire puis reprennent leur place dans la série des dents temporaires.

Conclusions

L'éruption prématurée des dents de lait n'est pas un fait extrêmement rare.

S'il semble y avoir réellement des cas où l'éruption paraît seulement avancée et présente pour le reste tous les caractères d'une éruption normale et des cas où des conronnes de dent ont apparu en même temps que des phénomènes généraux plus ou moins graves, et sont tombées au bout de quelques jours, on peut rencontrer toute une série de faits de transition, qu'il est impossible de classer rigoureusement dans l'une ou l'autre catégorie.

A mesure que la littérature médicale s'enrichira d'observations complètes, suivies pendant toute la durée des dentitions temporaire ou permanente la pathogénie de cette anomalie se précisera.

Des dents primitivement mobiles pouvant se fixer dans le maxillaire, leur extraction ne doit être tentée que dans les cas où leur présence entretient une

inflammation buccale, dangereuse pour la vie de l'enfant, et lorsque tous les moyens palliatifs seront restés sans résultat.

Vu : *Le Président de la thèse* :

P. BAR.

Vu : *Le Doyen* :

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOUIN, *Les anomalies dentaires dans l'histoire. Gazette Médicale de Paris* 1901.
- BALLANTYNE, *Edinburgh Medical Journal* 1896.
- BAR, *Société de Stomatologie*, juin 1902.
- BLOT, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1868.
- BOUCHUT, *Gazette des Hôpitaux*, 1876.
- CAPDEPONT, *Revue de Stomatologie*, janvier et février 1902.
- CABANÈS, *Le Cabinet secret de l'Histoire* T. II, page 27.
- DEBÈGUE, *Des dents à la naissance*. Thèse Paris 1911.
- DUMAS, *Note sur une enfant née avec des dents. Union Médicale*, Paris 1875.
- FAUVELLE, *Bulletin Médical de l'Aisne*, 1873.
- GALIPPE, *Revue de Stomatologie et Traité de Stomatologie*, Gaillard et Nogué, T. II, page 131.
- GRATIOT, *De quelques formes de stomatite chez le nouveau-né*. Thèse Paris, 1902.
- GIRALDÈS, *Sur les dentitions prématurées. Bulletin Soc Chirurgie*. Paris, 1869.
- GUÉNIOT, *Singulier phénomène de dentition ou élimination spontanée de 2 incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né. Bulletin Soc.-Chirurgie*, 1868. *Bulletin de Thérapeutique*, 1875.

- HERPIN, *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*. Paris, 1911, pages 537-540. *Journal de Médecine de Paris* 20 mai 1911. *Traité de Stomatologie*, Gaillard et Nogué. T. II.
- JOUVOWSKY, *La dentition précoce*. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Paris 1899.
- JEANNIN, *Société d'obstétrique*, juillet 1902.
- KOCHMANN, *Allgemeine Medizin Zentral Zeitung*, 1883 page 129.
- LACASSE, *Eruption dentaire précoce*. *Revue de Stomatologie*, 1902, page 279.
- MARTIN Jules, *De la percée des dents chez les nourrissons*. Thèse 1904.
- MAGITOT, *De l'éruption précoce des dents temporaires*. *Gazette des Hôpitaux*, 1876.
- MASSE, *Bulletin Thérapeutique*, Paris 1874
- MATTEI, *Union Médicale*, Paris 1875. page 869.
- NEUSSEL, *Allgemeine Medizin Zeitung*, 1883, n° 25.
- PETITOT, *Société d'Anthropologie*, 1875.
- THORE, *Note sur l'apparition prématurée des dents*, *Comptendu de la Société de Biologie*, 1859.
- VIGIER, *Phlegmon orbitaire et dentition précoce*. *Revue de Stomatologie*, 1909, page 24.
-



